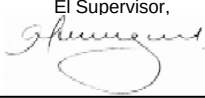


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		18	
			Código Centro		951610	
			Fecha Elaboración		Octubre de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
		ID de Proceso		10549-909221		
REGIONAL CAQUETÁ						
CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ						
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		MILANY QUINTERO ROMO		Banco a consignar:		BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía		22.609.412		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		milanyquinteroromo@gmail.com		Número de Cuenta:		201084191
IP/N° de contacto:		3203206978		Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2023		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000						SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)						NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						NO
Concepto del pago corresponde a:						Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%
DATOS DEL CONTRATO						
N° del contrato:		6849172/2024		N° Compromiso SIIF		181724
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Objeto: Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área, Servicios Farmacéuticos, impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria y a Distancia en los programas regular que imparte el				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		04/10/2024		Al		31/10/2024
Número de pago		1		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 12.600.943
Valor Bruto Pago:		\$ 5.178.470,00		Valor Total del Contrato:		\$ 12.600.943
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 7.422.473
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 5.178.470		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.178.470		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.746.242		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Octubre		Setiembre		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9476342617		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.071.388		\$ 0		Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.746.242,00 TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 259.000		\$ 0		Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.587.970,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 331.500		\$ 0		Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL		\$ 10.900		\$ 0		Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Menos Retencion IVA 0,00 15%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Reteica - 8299 - FLORENCIA 27.528,00 0,600%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ 1.553.541				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 3.500.000				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Dependientes hasta		\$ 517.847				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ 753.040		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 9.295.337		\$ 0		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0				
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
						VALOR A PAGAR \$5.150.942,00
SON: CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Impartí formación en el programa Técnico en Servicio Farmacéutico con ficha N.2773188						
Impartí formación en la complementaria Administracion de medicamentos intramuscular ficha: 3114189						
lué los resultados de aprendizaje ejecutados según planeación pedagógica de la ficha: 2773188						
lué los resultados de aprendizaje ejecutados según planeación pedagógica de la ficha: 3114189						
Preste mis servicios como instructor de acuerdo con las normas legales y reglamentarias y de conformidad con las exigencias.						
Presente dentro de las fechas establecidas por la Coordinación académica el informe de cuenta mensual de ejecución contractual.						
Recursos: Nación. Lugar donde presto los servicios: Florencia.						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí						
				MILANY QUINTERO ROMO EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;						
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.				ALBA LUZ MENDEZ ROJAS INSTRUCTOR		
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:						
EL ORDENADOR DEL PAGO LUIS ANGEL LOZADA OLAYA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Milany Quintero Romo, identificado(a) con CC número 22609412, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 22609412
NOMBRES Y APELLIDOS	Milany Quintero Romo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	27/09/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	17/03/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900123436 SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD SAS Desde 01/04/2022 - Vigente N.I.T. 860512780 UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA Desde 01/09/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 22609412 MILANY QUINTERO ROMO Desde 05/02/2024 Hasta 31/08/2024N.I.T. 860512780 UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA Desde 17/02/2024 Hasta 12/06/2024N.I.T. 860512780 UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA Desde 01/09/2023 Hasta 20/12/2023CEDULA DE CIUDADANIA 22609412 MILANY QUINTERO ROMO Desde 14/02/2023 Hasta 30/11/2023



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Milany Quintero Romo, identificado(a) con CC número 22609412, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22609412		QUINTERO ROMO MILANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 18 # 1 20	FLORENCIA-CAQUETA	4356606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1009445572	9476342617	I	2024/11/06	2024/10/28	BANCO DAVIVIENDA	0	\$601,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,071,388	\$331,500			\$2,071,388	\$259,000			\$0	\$0			\$2,071,388	\$10,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,071,388	\$331,500			\$2,071,388	\$259,000			\$0	\$0			\$2,071,388	\$10,900		\$0	\$0	
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)						\$2,071,388	\$331,500			\$2,071,388	\$259,000			\$0	\$0			\$2,071,388	\$10,900		\$0	\$0	
1	CC	22609412	QUINTERO MILANY	230301	30	\$2,071,388	\$331,500	EPS005	30	\$2,071,388	\$259,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$2,071,388	\$10,900	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$2,071,388	\$331,500			\$2,071,388	\$259,000			\$0	\$0			\$2,071,388	\$10,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22609412		QUINTERO ROMO MILANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 18 # 1 20	FLORENCIA-CAQUETA	4356606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	1009445572		9476342617	I	2024/11/06	2024/10/28	BANCO DAVIVIENDA	\$601,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$331,500	\$0	\$0	\$331,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$331,500	\$0	\$0	\$331,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,900	\$0	\$0	\$10,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,900	\$0	\$0	\$10,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$259,000	\$0	\$0	\$259,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$259,000	\$0	\$0	\$259,000	
TOTAL				1	\$601,400	\$0	\$0	\$601,400	

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141126798411			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 2 6 0 9 4 1 2				6. DV 7		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Florencia	
						14. Buzón electrónico 2 8	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 2 2 6 0 9 4 1 2		27. Fecha expedición	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Atlántico		30. Ciudad/Municipio Repelón		6 0 6	
31. Primer apellido QUINTERO		32. Segundo apellido ROMO		33. Primer nombre MILANY		34. Otros nombres	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Caquetá		40. Ciudad/Municipio Florencia		0 0 1	
41. Dirección principal CR 18 1 20 BRR VILLA MARIA							
42. Correo electrónico milanyquinteroromo@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 0 3 2 0 6 9 7 8		45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 5 5 1	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 1 3 0	48. Código 8 2 9 9	49. Fecha inicio actividad 2 0 2 1 1 2 2 9	50. Código 1 2	51. Código 2 2 2 6		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 09 - 18 / 20 : 49: 49			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre QUINTERO ROMO MILANY			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

**HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL**

PACIENTE: MILANY QUINTERO ROMO CC 22609412

Fecha: 25/01/2024 06:57:16

SID: 30296

Orden Nro. 73645

Empresa: PARTICULAR/SENA

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita: 25/01/2024			
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	2 PISO
06:01 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometria	
06:51 am	RONALD MIGUEL SOTELO MARIN	Medicina Ocupacional	
07:00 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGF	Psicologia	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC	1
VISIOMETRIA	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
GLICEMIA EN SANGRE	1
	4

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

- *Llegue 10 minutos antes de la hora asignada
- *Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.
- *Evite Tocar la Puerta.
- *Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas
- *En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.
- *En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

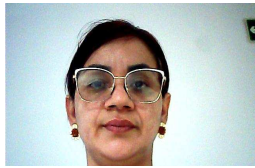
Su opinion es muy importante para nosotros.

El usuario tienen DERECHO a:

- *Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:

- *Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente: Milany Quintero Romo

Empresa:

PARTICULAR/SENA

Dirección:

CRA 18 N 1-20 VILLA MARIA

Identificación

22609412

Código Único Paciente:

14834

Fecha Nacimiento:

27/09/1982

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta	
65566	Femenino	41	Años	Casado	Profesional Universitario	FLORENCIA	25/01/2024 07:00:29	
Objetivo:	Ingreso		E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTORA
Contrato:				Clasificacion del Riesgo:		CLASE I	Estrato:	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

- 1. CONSTITUCION** PLEOMORFICO: ☐ ENDOMORFICO: ☒ ECTOMORFICO: ☐
- 2. POSTURA** NORMAL: ☒ ASIMETRICA: ☐
- 3. CURVATURA COLUMNA** NORMAL: ☒ NO: ☐
- 4. MARCHA** NATURAL: ☒ RIGIDEZ: ☐ COJERA: ☐
- 5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:** NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- 6. PALPACION**
- a. APOFISIS ESPINOSAS: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- b. LIGAMENTO INTERESPINOSO: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- d. MUSCULOS PARAESPINALES: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- 7. PERCUSION**
- EXAMEN FUNCIONAL**
- FLEXION**
- GRADO I: ☐ GRADO II: ☐ GRADO III: ☒ GRADO IV: ☐
- PRUEBA DE SCHOBER MAYOR DE 5 CMS (N): ☒ MENOS DE 5 CMS: ☐
- EXTENSION**
- INCLINACION LATERAL
- ROTACION Y FLEXION NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER RELAJACION PV: ☒ CONTRACTURA PV: ☐
- CUNCLILLAS**
- ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- ESCOLIOSIS: SI: ☐ NO: ☒
- MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES: TONO NORMAL: ☒ DEBILIDAD: ☐
- MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES: TONO NORMAL: ☒ DEBILIDAD: ☐

LONGITUD REAL MIEMBROS INFERIORES:

LONGITUD APARENTE:

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR MUSLO:

PRUEBA LASEGUE:

POSITIVA: ☐

NEGATIVA: ☒

SENSIBILIDAD

- DERMATOMA L1: ☒ N ☐ AN
- DERMATOMA L4: ☒ N ☐ AN
- DERMATOMA L5: ☒ N ☐ AN
- DERMATOMA S1: ☒ N ☐ AN
- DERMATOMA S2: ☒ N ☐ AN
- DERMATOMA S3: ☒ N ☐ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

- PSOAS ILIACO: ☒ N ☐ AN
- CUADRICEPS: ☒ N ☐ AN
- TIBIAL ANTERIOR: ☒ N ☐ AN
- EXTENSOR PPIO DEL PULGAR: ☒ N ☐ AN
- ADUCTORES DE CADERA: ☒ N ☐ AN
- GLUTEO MEDIANO: ☒ N ☐ AN
- GLUTEO MAYOR: ☒ N ☐ AN

REFLEJOS

- REFLEJO ROTULIANO: ☒ N ☐ AN
- REFLEJO AQUILIANO: ☒ N ☐ AN

ARTICULACION SACROILIACA

- FABERE: ☐ POS ☒ NEG
- MANGO DE BOMBA: ☐ POS ☒ NEG

OBSERVACIONES:

Fri Jan 2024 01/12/24 10:22:56

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM:
Registro Médico 18822

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION
1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

Thu Jan 2024 01/25/24 06:48:33

Firma del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Nombre: Milany Quintero Romo
 No. Identificacion: 22609412
 Edad: 41 Años Sexo: Femenino

Fecha: 25/01/2024 12:00:00 AM SID-VISIO : 35585
 Empresa: PARTICULAR/SENA Particular
 Cargo / Tipo: INSTRUCTORA Ingreso

Cargo: instructora Area: No Refiere Antigüedad: INGRESO

A. Personales Visuales: No Refiere

A. Familiares Visuales: No Refiere

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral

Usa Anteojos: ☒ Si ☐ No Bifocal: ☐ Si ☒ No LDC: ☐ Si ☒ No

Tipo de Uso : Cerca Trae Rx: ☒ Si ☐ No

Ultimo Examen: 6 MESES Ultimo Diagnostico: ASTIGMATISMO

II. ANAMNESIS

Sintomatologia: VISION BORROSA DE LEJOS Y CERCA

Agudeza Visual	Con Correccion		Sin Correccion		PH
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA	V. PROXIMA	
O.D.:	20/20	0.75M	O.D.:	20/50	1M
O.I.:	20/20	0.75M	O.I.:	20/30	1M
A.O.:	20/20	0.75M	A.O.:	20/30	1M

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO

OI: SANO

Reflejos: Normales

COVER TEST: VL: ORTO

VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal

PPC: Normal

OFTAMOSCOPIA: OD: SANO

OI: SANO

VISION COLOR: OD: Normal

OI: NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X

Anormal:

Clasificación Amétrope Corregido

Diagnostico AMETROPIA CORREGIDA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE, CONTROL EN UN AÑO.

Gloria Leonor Espinosa

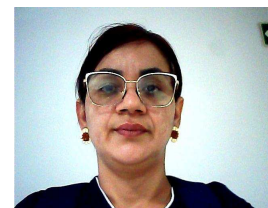
Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en
 Sal Jan 2024 01/13/24SST- Res. No. 0052

Milany Quintero Romo

FIRMA DEL PACIENTE



Indice Derecho



Nombre: MILANY QUINTERO ROMO SID : 30296
No. Identificacion: 22609412
Edad: 41 Años Sexo: Femenino
Nro. Ordenamiento: 73645 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 25/01/2024 06:57:22
Fecha de Impresion: 25/01/2024 05:19:02 pm
Entidad: PARTICULAR/SENA
Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. GLICEMIA Metodo: Espectrofotometria	105.00	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl

ANDREA CRUZ
Validado: ANDREA DEL PILAR CRUZ
Nº de identificación: 22609412
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Univ.



Nombre: MILANY QUINTERO ROMO

Edad: 41 AÑOS

25 DE ENERO 2024

El área física (Valor RECTITUD) es la más importante para MILANY QUINTERO ROMO. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ).

El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

Le da un poco más de importancia a la rectitud que el resto de la población. Destaca el área física, dándole buena prioridad a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz no es tan prioritaria. La parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

Impacta en su vida el amor un poco más que al resto de la gente. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

FERNANDA PRIETO MONTEALEGRE
Psicóloga
T.P 199882

**CLIPSALUD IPS S.A.S**

Nit: 900304743-4

4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395

BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

**Nombre Paciente:** Milany Quintero Romo**Identificacion**

22609412

Codigo Unico Paciente:

14834

Empresa:

PARTICULAR/SENA

Fecha Nacimiento:

27/09/1982

Direccion:

CRA 18 N 1-20 VILLA MARIA

Página 1 de 1

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta	
65566	Femenino	41	Años	Casado	Profesional Universitario	FLORENCIA	25/01/2024 07:00:29	
Objetivo:	Ingreso		E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTORA
Contrato:				Clasificacion del Riesgo:		CLASE I	Estrato:	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☒	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulación de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria
Valoración por:	E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐	PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD	☐ Reubicar Trabajador	☐ Continúa en el Cargo
--------------------------	---	--	---

PREVENCIÓN EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatología ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRIA, PRUEBA PSICOLOGICA, GLICEMIA EN SANGRE.

DESCRIPCIÓN RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Requiere uso permanente de corrección visual. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones media hora, mejora el estado general, por lo que recomendamos mantener la práctica de actividades deportiva, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Higiene de postura, Pausas activas cada 2 horas 5 minutos. Uso EPP.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Fri Jan 2024 01/12/24 10:22:38

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Médico
18822

Especialista Salud ocupacional Reg. 0326

25/01/2024 16:21:43

Generado por SGMI - TERRASOFT,
NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Thu Jan 2024 01/25/24 06:48:33

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

**CLIPSALUD IPS S.A.S**

Nit: 900304743-4

CALLE 18 N° 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523

BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente: Milany Quintero Romo**Empresa:** PARTICULAR/SENA**Direccion:** CRA 18 N 1-20 VILLA MARIA**Identificacion**

22609412

Codigo Unico Paciente:

14834

Fecha Nacimiento:

27/09/1982

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
65566	Femenino	41 a	Casado	4	Profesional Universitario	FLORENCIA	25/01/2024 07:00:29
Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTORA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:	CLASE I	Estrato:	[1] - Bajo Bajo		

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
SENA	INSTRUTORA		☐	☐	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:

* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☐ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐**A. - ACCIDENTES DE TRABAJO:** NO**B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL:** NO

No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA	PARENTESCO	PATOLOGIA	PARENTESCO
ASMA:	☐	A. CEREBRO-VASCULAR:	☐
CANCER:	☐	HIPERTENSION ARTERIAL:	☒ Mama
DIABETES:	☒ Mama	COLAGENOSIS:	☐
ENFERMEDAD CORONARIA:	☐	PAT. TIROIDEAS:	☐
OTROS ANTECEDENTES:	INFARTO, PAPA		

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☐ No Refiere	Psiquiatricos:	☐ No Refiere	Estimulantes:	☐ No Refiere
Hospitalarios:	☐ No Refiere	Transfuncionales:	☐ No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐ No Refiere
Quirurgicos:	☒	Inmunizaciones:	☐ No Refiere	Medicamentosos:	☐ No Refiere
Alergicos:	☐ No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐ No Refiere	Toxicos:	☐ No Refiere
Traumaticos:	☐ No Refiere	Tabaquismo:	☐ No Refiere	Otros:	☐ No Refiere
Venereos:	☐ No Refiere	Alcohol:	☐ No Refiere		

CX CESAREA, POMEROY

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

* Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales

CICLO MENSTRUAL: REGULAR	G: 4 P: 0 A: 0 V: 4 C: 4 M: 0 E: 0
FECHA ULTIMA REGLA: 15/01/24	PLANIFICACION FAMILIAR: ☒ METODO: POMEROY
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: 1 AÑO	

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:	No Refiere	TETANO:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
PAPERAS Y RUBEOLA:	No Refiere	HEPATITIS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
INFLUENZA:	No Refiere	OTRAS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
Resultado Inmunizaciones:	No Refiere					

G. - HABITOS:

FUMA	☐ Si	☒ No
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0	
FUMABA:	☐ Si	☒ No
CIGARRILLOS DIA:	0	
HASTA CUANDO:		

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☐

Otros: _____

ALCOHOL:	☒ Si	☐ No
FRECUENCIA:	SOCIAL	TIPO:
ACTIVIDAD CULTURAL:	☐ Si	☒ No
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	☐ Si	☒ No
SEDENTARIO PURO:	☒ Si	☐ No
SEDENTARIO:	☒ Si	☐ No

Especifique:

NO REFIERE

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	☐ N	OCULAR:	☐ N
DERMATOLOGICO:	☐ N	RESPIRATORIO:	☐ N
GENITU - URINARIO:	☐ N	DIGESTIVO:	☐ N
NEUROLOGICO:	☐ N	O.R.L.:	☐ N
OSTEO - MUSCULAR:	☐ N	OTROS:	☐ N

PERIMETRO ABDOMINAL:			65 Cms
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
62 Kgs	158 Cms	24,8 k/m2	83 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL
18 x minuto	119/83 mmHg	Mediano	Bueno

LATERALIDAD:

Diestro: ☒ Zurdo: ☐ Ambidiestro: ☐

AGUDEZA VISUAL:

O.D.

O.I.

A.O.

1. CABEZA	☐ N	13. OIDOS:	☐ N	25. T. INGUINALES:	☒ X
2. OJOS	☐ N	14. C. AUDITIVO EXT.:	☐ N	26. GENITALES EXT:	☒ X
3. PARPADOS	☐ N	15. TIMPANOS:	☐ N	27. T. VAGINAL:	☒ X
4. CONJUNTIVAS	☐ N	16. CUELLO:	☐ N	28. T. RECTAL:	☒ X
5. FONDO DE OJO	☐ N	17. TIROIDES:	☐ N	29. : MIEMBROS	☐ N
6. NARIZ	☐ N	18. TORAX:	☐ N	30. MANOS:	☐ N
7. TABIQUE	☐ N	19. Rs Cs:	☐ N	31. PIES:	☐ N
8. BOCA	☐ N	20. Rs Rs:	☐ N	32. PIEL:	☐ N
9. DENTADURA	☐ N	21. SENOS:	☐ N	33. COLUMNA:	☐ N
10. FARINGE	☐ N	22. ABDOMEN:	☐ N	34. EX. NEUROLOGICO:	☐ N
11. AMIGDALAS	☐ N	23. PERCUSION:	☐ N	35. EX. MENTAL:	☐ N
12. ENCIAS	☐ N	24. MASAS:	☐ N	36. REFLEJOS:	☐ N

* Normal = N

Anormal = A

X= No Examinada

AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

III. - EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	No Solicitado	No Solicitado
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: No Solicitado

GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
OPTOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
VISIOMETRIA:	Normal	Amétrope Corregido
ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
AUDIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	No Solicitado
KOH:	No Solicitado	No Solicitado

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCIÓN EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo	☐	Visual	☐	Respiratorio	☐	Ergonomico	☐
	Dermatologico	☐	Cardiovascular	☐	Otros	☐		
	ESPECIFIQUE: _____							

TIPO DE PROTECCION	CASCO	☐	BOTAS	☐	GUANTES	☐	P. AUDITIVO	☐	P. RESPIRATORIA	☐	P. VISUAL	☐
	OTROS: _____											

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	[CIE10 No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
2	PRESBICIA
3	
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS: Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRIA, PRUEBA PSICOLOGICA, GLICEMIA EN SANGRE.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo..

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: GENERALES: Requiere uso permanente de correccion visual. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones media hora, mejora el estado general, por lo que recomendamos mantener la práctica de actividades deportiva, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Higiene de postura, Pausas activas cada 2 horas 5 minutos. Uso EPP.

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: Ingreso

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo:	☒	No APTO para el Cargo:	☐	Aplazado:	☐
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura:	☐	Espacios Confinados:	☐	Manipulacion de Alimentos:	☐
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria:	☐	No Satisfactoria:	☐	Valoracion por E.P.S.:	☐
Periodico o Cambio de Ocupacion:	☐	Reubicar Trabajador	☐	Continua en el Cargo	☐	

Fri Jan 2024 01/12/24 10:25:36

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM:
Registro Médico 18822

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

Firma del Paciente o Responsable
Thu Jan 2024 01/25/24 06:48:33



Indice Derecho



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que la señora contratista: MILANY QUINTERO ROMO; identificado con cédula de ciudadanía N° 22609412 cumple con los documentos del perfil solicitado en la circular 3-2023-0000014: "Exámenes pre ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaría general".

CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE CONTRATACIÓN	EXÁMENES PREEMPLEO	CUMPLE
22609412	MILANY QUINTERO ROMO	Contratista	SI	SI

Se diligencia a los 17 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,


Jhonathan Barrera A.
Médico General - R.M. 1049622905
Médico Ocupacional
Lic. 00341

JHONATHAN BARRERA ARCINIEGAS
MEDICINA PREVENTIVA REGIONAL
CAQUETA - SENA

Regional Caquetá/Centro Tecnológico de la Amazonía Dirección Cr 7 No. 7 - 08 piso 2
B/ la estrella, Florencia PBX 57 601 5461500



Hace constar:

Que el Sr(a) MILANY QUINTERO ROMO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22609412 realizó el día 23/10/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo MILANY QUINTERO ROMO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22609412 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 03/10/2024VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA**DATOS DE LA EMPRESA**

Tipo documento:	NI	Número de documento:	899999034	Cédula Usuario:	CC 1117510338
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 NO 8-69				
Departamento:	BOGOTA D.C.		Municipio:	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	SERVICIOALCIUDADANO@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		Tarifa:	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1117510338	JORGE LEONARDO LAVAO HERNANDEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	236	04/10/2024	CC 22609412	QUINTERO ROMO MILANY	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_FRT5_v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

6687D40D98C7CE5CF35F1DD9F0E11880

Certificado impreso el día 10/3/2024 10:46:37 AM por el portal de empresas Edesk

**Positiva Compañía de Seguros S.A.** • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia

**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



MINISTERIO DE SALUD
VIGILANCIA Y CONTROL
DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá **(601) 6000 811**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

MILANY

QUINTERO ROMO

22609412

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034

Este carné es personal e intransferible.

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MILANY QUINTERO ROMO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 22.609.412 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 201084191, abierta/o desde el 12/11/2009.

Se expide en Bogotá el día 26 del mes de Octubre del año 2024 con destino a: SENA



Firma Autorizada

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: NEIVA			SUCURSAL: AGENCIA MANDATARIA - NEIVA			COD. SUC: 61		NO. PÓLIZA: 61-46-101029781		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN: DÍA: 03 MES: 10 AÑO: 2024			VIGENCIA DESDE: DÍA: 03 MES: 10 AÑO: 2024			A LAS: HORAS: 00:00 DÍA: 13 MES: 04 AÑO: 2025		A LAS: HORAS: 23:59		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: QUINTERO ROMO MILANY							
DIRECCIÓN: CRA 18 1 20 BRR VILLA MARIA				CIUDAD: FLORENCIA - CAQUETA		IDENTIFICACIÓN: C.C. :22,609,412	
						TELÉFONO: 3203206978	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO			
ASEGURADO/BENEFICIARIO:		SENA REGIONAL CAQUETA	IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 06 NO. 7-11 Y CARRERA 7 NO 07-08 BARRIO LA ESTRELLA	CIUDAD: FLORENCIA - CAQUETA	TELÉFONO: 6084374788
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO							
CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:							
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.6849172 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, EN ACTIVIDADES DE INSTRUCTOR DEL ÁREA, SERVICIOS FARMACÉUTICOS, IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA Y EL SEGUIMIENTO EN LA ETAPA PRODUCTIVA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CONOCIMIENTO DE LA FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL, Y COMPLEMENTARIA Y A DISTANCIA EN LOS PROGRAMAS REGULAR QUE IMPARTE EL CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA.							

AMPAROS			
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/10/2024	13/04/2025	\$ 1,260,094.30
ACLARACIONES:			

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 1,260,094.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA	194558	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO	
PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELÉFONO: 8721717 - NEIVA	
	
61-46-101029781 FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas	 FIRMA TOMADOR

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 61-46-101029781, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en NEIVA, a los 3 días del mes de Octubre de 2024


FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com

FECHA					
CONTADO					
RECIBIMOS DE:	QUINTERO ROMO MILANY		C.C. C.C. :22,609,412		
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101029781				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101029781 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO					
INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558				EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
				CHEQUE:	\$ 0.00
				TARJETA:	\$ 0.00
				BD:	\$ 0.00
				OTROS:	\$ 0.00
				TOTAL:	\$ 33,320.00
				CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

FECHA					
CONTADO					
RECIBIMOS DE:	QUINTERO ROMO MILANY		C.C. C.C. :22,609,412		
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101029781				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101029781 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO					
INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558				EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
				CHEQUE:	\$ 0.00
				TARJETA:	\$ 0.00
				BD:	\$ 0.00
				OTROS:	\$ 0.00
				TOTAL:	\$ 33,320.00
				CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.61-46-101029781**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUCIERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCuentre OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.



7709998021167005746197

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000057461979

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
03/10/2024 11:04a.m.				
RECIBIMOS DE:	MILANY QUINTERO ROMO	CC. 22.609.412		
LA SUMA DE:	Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .*****			
POR CONCEPTO DE:	PAGO POLIZA NRO.: 101029781			
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA-46-101029781-0-1	\$28,000.00		\$5,320.00	\$33,320.00
FORMA DE PAGO				
Pse - \$ 33,320.00			EFECTIVO: CHEQUE: TARJETA: BD: 33,320.00 OTROS:	
TRANSACCION: 0005746197			TOTAL: \$33,320.00 CAJERO: PAGUESTADO	